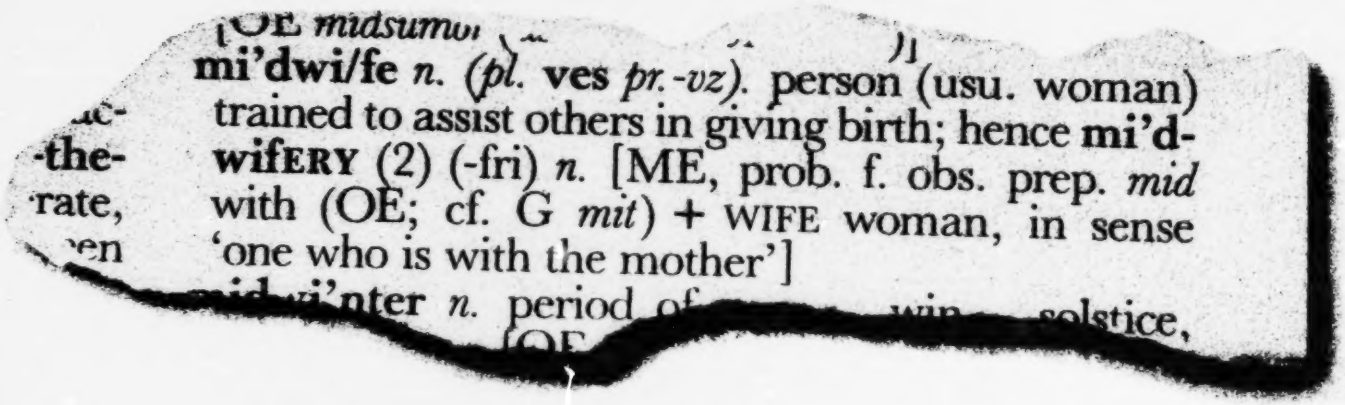

[OE *midsumor* ...]
mi'dwi/fe *n.* (*pl.* **ves** *pr.-vz*). person (usu. woman) trained to assist others in giving birth; hence **mi'd-wifERY** (2) (-fri) *n.* [ME, prob. f. obs. prep. *mid* with (OE; cf. G *mit*) + WIFE woman, in sense 'one who is with the mother']
...nter *n.* period of ... win... solstice,
[OE ...]

REPORT OF THE TASK FORCE ON THE IMPLEMENTATION OF MIDWIFERY IN ONTARIO

1 9 8 7

EXECUTIVE SUMMARY & SUMMARY OF RECOMMENDATIONS

Definition taken from the seventh edition of the *Concise Oxford Dictionary*

ISBN 0-7729-3134-8
09/87 3M

Ontario

Shop Canadian
Magasinons à la canadienne

Task Force on the Implementation of Midwifery

Groupe de travail sur la profession de sage-femme

14th Floor, 700 Bay Street
Toronto, Ontario
M5G 1Z6
416/965-5094

Honourable Murray J. Elston
Minister of Health
10th Floor, Hepburn Block
80 Grosvenor Street
Toronto, Ontario
M7A 2C4

Honourable Greg Sorbara
Minister of Colleges and Universities
13th Floor
101 Bloor St. W.
Toronto, Ontario
M5S 1P7

Gentlemen,

Pursuant to Section 9 of the Ministry of Health Act, Revised Statutes of Ontario, 1980, Chapter 280, we are pleased to submit The Report of the Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario.

All of which is respectfully submitted.

Mary Eberts, Chairperson

Alan Schwartz
Vice-Chairperson

Rachel Edney, Member

Karyn Kaufman, Member

Executive Summary

Appointment of the Task Force

On January 23, 1986, the Honourable Murray Elston, the Ontario Minister of Health, announced the government's intention "to establish midwifery as a recognized part of the Ontario health care system" and that midwifery would become a regulated health profession. He announced the creation of a Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario, to make recommendations to him and to the Honourable Greg Sorbara, Minister of Colleges and Universities, with respect to:

- how midwifery should be practised in Ontario;
- how midwives should be educated;
- requirements for entry to practice, scope and standards of practice, and governance of the profession;
- whether midwives should operate as independent practitioners or as part of an organized service;
- the setting in which midwives should provide their services; and
- optimal relationships between midwives and physicians.

Several factors led to the decision to give legal recognition to midwifery. For some time, interest in midwifery had been growing in Ontario. Some women had come to believe that maternity care was overly controlled by the predominantly male medical profession — obstetricians who regard every pregnancy and birth as a potentially pathological event. They believed that midwives would provide more holistic care, in which pregnancy and birth would be regarded as healthy events, greater attention would be paid to their psychological and social needs, and resorting to such medical interventions as caesarean section would be less frequent. The number of midwives practising in Ontario was also growing, and they were increasingly effective in communicating their case for recognition to the government and the public. The attention of the wider public was focussed on midwifery (and the separate issue of home birth) in 1985 by an inquest into the death of a baby boy two days after his midwife-attended birth on Toronto Island. The coroner's jury recommended that midwifery be granted legal recognition and become incorporated into the health care system.

These local events reflected the renascence of interest in midwifery across North America and the rethinking of maternity care taking place in much of the developed world.

The Work of the Task Force

The Task Force gathered information about how midwifery is practised inside and outside Canada, how Ontario midwives and other health care providers envision the integration of midwifery care into the health care system, and how the public perceives its needs.

We consulted extensively with organizations representing physicians, nurses, hospitals, health sciences educators, and midwives, and we held public hearings in Toronto, Ottawa, Hamilton, Windsor, Kingston, London, Thunder Bay, Dryden, and Sudbury. Submissions were received from more than 500 women's groups, consumer organizations, and individuals. We assembled an extensive collection of literature on midwifery and selected aspects of reproductive care. To investigate existing midwifery resources in Ontario we commissioned two surveys, one focussing on nurses, the other on midwives currently practising outside the official health care system.

Members of the Task Force visited midwifery schools, practices, and regulatory bodies in Denmark, The Netherlands, England, Scotland, Wales and the United States. We chose to visit places where midwives function autonomously and have clearly defined roles in the health care system, as well as places where midwives have difficulty functioning to their full potential and find their roles threatened or not yet fully realized. The knowledge of what has and has not worked elsewhere has guided our thinking about what should be attempted in Ontario.

The Current System of Reproductive Care

As the existing system of reproductive care is the context into which midwifery must be integrated, it merited investigation. Currently, a pregnant woman in Ontario is almost certain to be cared for during pregnancy and birth by a physician. While in the past this physician was likely to be her family doctor, today he or she is more likely to be a specialist in obstetrics and gynaecology. In 1985-86, general practitioners attended 31.5 per cent of all deliveries, while obstetricians attended 67.3 per cent. General practitioners attended a larger proportion (43.9 per cent) of non-operative vaginal deliveries than of all births, but obstetricians, who are specialists in high risk pregnancies and complicated deliveries, nevertheless attended 55.7 per cent of vaginal deliveries.

Nurses play a variety of roles during the different stages of the reproductive cycle. Nurses employed in physicians' offices assist in the provision of pregnancy and postpartum care. Public health nurses teach childbirth education classes, assist women with high risk pregnancies to obtain medical care, and make postpartum home visits. Nurses employed in hospitals care for women during labour, birth, and the postpartum period.

Although the midwifery profession has not had legal recognition in Ontario for more than a century, midwives have continued to exist and are practising in Ontario today. There are several different groups of midwives. The results of the survey conducted for the Task Force by Norpark Computer

Design Inc. indicate that there are approximately 50 midwives currently practising in Ontario outside the official health care system. In-hospital midwifery care is offered at the Chedoke-McMaster Hospitals in Hamilton in a pilot project jointly run by the Hospitals and the McMaster University Faculty of Health Sciences. Nurses employed by the federal government provide comprehensive pregnancy and postpartum care and emergency labour and birth care to native women living in the far north. Although these nurses are not recognized as midwives, the midwifery training some of them have is regarded as invaluable.

Ontario's perinatal and maternal mortality rates have improved dramatically over the past 35 years. They compare favourably to rates in many developed countries. However, the province's caesarean section and operative delivery rates are much higher than rates in many European countries. How satisfied women are with the current system of reproductive care is very difficult to gauge.

Guiding Principles

In making our recommendations we have been guided by six key principles.

1. Public Protection

The users of midwifery services — women and their babies — must be protected from unqualified birth attendants and unregulated practice.

2. Responsiveness

Women in Ontario have sought midwifery care because they think it is a worthy alternative to medical care. For their expectations to be met, the system must provide continuity of care throughout the reproductive cycle. Midwives must be enabled to provide counselling, education, and emotional support. Mechanisms must be developed to enable midwifery to respond to social change.

3. Autonomy

The experience in other countries demonstrates that midwifery care is most effective when midwives can practise autonomously through their full scope of practice and when midwifery is recognized as an independent profession.

Midwives must be permitted to take responsiblity for the management of their clients' care; they should not be used as extended role nurses or physicians' assistants.

4. Integration

Midwives must be fully integrated into the overall health care system if they are to provide safe and effective care. Student midwives should be educated in the same settings as medical and nursing students. Midwives and physicians must cooperate with each other in the care of individual women, and the two professions must collectively agree on such things as protocols for referrals and consultations.

5. Credibility

Midwives must gain the confidence of consumers, other health care providers, and hospital boards and administrators if they are to overcome their many years of isolation from the official health care system. No woman should be compelled to be cared for by a midwife instead of a physician, but the benefits of midwifery care should not be obscured by anxiety over its safety or confusion over the midwife's role.

6. Government Support

Even in the Netherlands, where midwifery is well established and midwives play a major role in the provision of maternity care, the government considers it necessary to support and protect the profession. Here in Ontario, where midwifery must be established anew, the government must commit itself to providing adequate funds for midwifery education and services and to enacting the legislation necessary to enable midwives to take their place in the health care system.

The Midwife's Scope of Practice

The Task Force recommends that Ontario enact a Midwives Act in which the midwife's scope of practice is defined consistently with the following international definition of midwife*:

> [The midwife] must be able to give the necessary supervision, care and advice to women during pregnancy, labour and the postpartum period, to conduct deliveries on her own responsibility and to care for the newborn and the mother. This care includes preventative measures, the detection of abnormal conditions in mother and child, the procurement of medical assistance and the execution of emergency measures in the absence of medical help. She has an important task in health counselling and education, not only for the patients but also within the family and community. The work should involve antenatal education and preparation for parenthood, and extends to certain areas of gynaecology, family planning and child care.
>
> She may practise in hospitals, clinics, health units, domiciliary conditions or in any other service.

*Adopted by the International Confederation of Midwives and the International Federation of Gynaecologists and Obstetricians; used by the World Health Organization.

The midwife's main functions are:

- monitoring normal pregnancies;
- identifying pregnancies at risk;
- counselling and educating the pregnant woman;
- caring for the woman and monitoring the condition of the foetus during labour;
- conducting spontaneous vaginal deliveries;
- examining and caring for the newborn infant;
- caring for and advising the woman during the postpartum period; and
- taking emergency measures when necessary.

The midwife is a specialist in "normal" reproductive care; her primary client group is women with healthy, low risk pregnancies who are expected to have uncomplicated deliveries. However, we believe that midwives should not be totally excluded from attending women whose care must be managed by physicians, for these women, too, can benefit from such components of midwifery care as counselling and teaching. Although in some countries midwives provide gynaecological care outside the reproductive cycle, no evidence was presented to the Task Force that there is a need for midwives to perform this function in Ontario.

The *Health Disciplines Act*, which regulates five disciplines, including medicine and nursing, provides a mechanism for delegating acts in the practice of medicine to non-physicians. We believe there are acts outside the scope of practice of midwifery that a midwife can usefully perform for a client even after a physician has assumed responsibility for care (such as regulating the amount of intravenous medication being used to stimulate labour); provision should therefore be made for delegating such medical acts to midwives. However, delegation should be used sparingly so that midwives do not gain competence in the use of medical technology at the expense of clinical midwifery skills.

In every jurisdiction we investigated, midwives' clients visit physicians at prescribed times during pregnancy. We believe that two medical visits are in the best interests of the pregnant woman and the foetus, the first to take place as early in pregnancy as possible, the second at 32 to 34 weeks. In addition to providing an assessment of the woman's health condition, of the status of the pregnancy, and of whether or not she should be cared for by a midwife, the visits will provide access to prescription medications and to tests and procedures for which a physician's authority is required. Midwives' standards of practice should provide criteria for additional consultations with and referrals to physicians; these should be developed by the governing body for midwives in consultation with the appropriate professional bodies.

The Framework of Practice

The Task Force believes that midwifery can be practised effectively in a variety of settings, including hospitals, birthing centres, medical practices, and private midwifery practices. No single model should be imposed on all communities or all midwives. The important thing is that every practice, however structured, exhibit the characteristics of safe and effective midwifery care. These are that:

- Continuity of care is provided;
- The midwife's responsibilities include counselling, education and emotional support;
- The midwife has access to both institutional and community settings;
- The midwife has arrangements with physicians for consultation and referral and for ordering medications, tests, and procedures;
- The midwife practises autonomously within her scope of practice;
- The midwife focusses on low risk pregnancies and normal childbirth;
- The midwife has an opportunity to engage in continuing education and peer review;
- The midwife's working conditions are reasonable and she is fairly paid;
- The practice is responsive to consumer needs and preferences;
- The practice continuously evaluates its effectiveness; and
- The care provided is cost-effective.

The Task Force recommends that an approval mechanism be created to ensure, as far as possible, that these characteristics are exhibited by every practice. Any institution, group or individual wishing to establish a midwifery service or practice will submit a proposal to the Ministry of Health. By granting or withholding approval, the Ministry can regulate the quality and effectiveness of midwifery care and can ensure that midwives are integrated into the health care system in a planned and orderly way.

However, program approval alone will be insufficient to establish a practice or service: funding is also required. In announcing the decision to recognize midwifery, the Minister of Health did not explicitly address whether midwifery services will be paid for by the province or by consumers. We agree with the view expressed in the overwhelming majority of submissions — that the province should pay for midwifery services. Identifying an appropriate payment mechanism for midwifery services proved to be difficult. We concluded that payment on a fee-for-service basis, as physicians' services are paid for

under the Ontario Health Insurance Plan, would be inappropriate and impractical for midwives. Instead, we recommend that the Ministry of Health provide funding to approved midwifery practices and services on the basis of global program budgets.

In our opinion, midwives should not be permitted to charge their clients directly. Midwifery care should be equally accessible to all women; there should be no cadre of "elite" midwives catering to the minority of women who can afford to pay for their services themselves. While we recognize that Ministry funds allocated to midwifery services may be insufficient to support every practice that obtains program approval in a fiscal year, we believe the only exception to the principle of government funding should be to permit organizations such as unions, voluntary associations and charitable foundations to provide full or partial funding to approved practices.

More than 99 per cent of babies born in Ontario are delivered in hospitals. It is therefore impossible to integrate midwives into the health care system without allowing them access to hospital birthing facilities. If midwives cannot attend hospital births, their clients will be forced to choose between giving birth at home and giving birth in hospital with a caregiver (a physician) not of their choosing. Far from advancing the policy of encouraging women to give birth in hospital, excluding midwives from hospitals will encourage women to stay at home. It will also foster the development of a group of "home birth" midwives practising remotely from the overall health care system. We therefore recommend that the *Public Hospitals Act* and regulations be amended to empower hospitals to grant staff privileges to midwives.

Professional liability insurance is necessary to protect midwives and their clients against the consequences of mistakes made in the provision of care. Unfortunately, the integration of midwifery into the health care system comes at a time when the availability of professional liability insurance is restricted and premiums are high. The Task Force nevertheless believes that liability insurance should be mandatory for practising midwives; without it, midwives cannot be fully responsible for their actions, physicians will be reluctant to cooperate with them, and hospitals will not grant them staff privileges. Midwives employed by hospitals and other institutions will be covered by their employers' insurance, but those in private practice will have to purchase individual policies. Midwives should take steps through their professional association to develop a self-financed insurance program.

Home birth remains controversial in Ontario even though very few women choose it. The medical and nursing professions are virtually united in their opposition to planned home birth, while midwives believe that home is a safe birthing environment for properly selected women. Several recent reviews of the scientific literature on home birth have concluded that the evidence does not prove that home birth presents inordinate risks to all women and infants; indeed, there is some evidence that morbidity (illness) is greater among women and infants delivered and cared for in hospital. The Task Force believes that there can and should be a consensus among health care providers that all places of birth, including home, should be made as safe as possible. Home birth is made safer if only carefully selected women give birth at home and if these women are cared for by midwives or physicians. We recommend that the governing body for midwives, in consultation with medical experts, prepare a home birth protocol to guide midwives in assessing their clients' suitability for home birth. We suggest other ways of maximizing the safety of home birth within existing resources.

Qualifications for Practice

The appropriate entry requirements for the study of midwifery was a fundamental issue that faced the Task Force. On the one hand, nursing organizations and nursing educators proposed that every person who wishes to study midwifery should first be required to obtain an education in nursing; this model of entry would give the nursing profession a monopoly over midwifery. On the other hand, midwives, midwifery organizations, and most consumer organizations proposed that people without prior education in nursing should be permitted to study midwifery; this model of entry would permit nurses to train as midwives but it would also open midwifery to people with different educational backgrounds. We favour the second model, which we term "multiple routes of entry." We believe it is appropriate because midwifery is an autonomous profession, not a specialty of nursing, and because it will make the best use of educational resources and integrate existing midwives most effectively. Furthermore, it will prevent the creation of two midwifery professions: a regulated profession consisting of nurses and an unregulated "underground" profession consisting of non-nurse midwives.

We recommend a midwifery education program with two streams, to take advantage of the students' various educational backgrounds. A four-year stream, leading to a baccalaureate degree in midwifery, will provide comprehensive academic and clinical education to students with no prior relevant post-secondary education. A 12 to 18 month diploma stream will offer nurses with university level education an expeditious way of obtaining the additional preparation necessary for midwifery practice. The two streams must be integrated in a single program located at a university health sciences centre. That university should be selected by competitive tender. Wherever the program is located, access to it by Francophone students and by residents of Northern Ontario should be maximized through recognition of course credits obtained at

other universities, decentralized clinical experience sites, and the Northern Ontario Distance Education Access Network. The program should use community hospitals, community health centres, and physicians' offices throughout Ontario for clinical education sites, both to provide student midwives with appropriate learning environments and to relieve pressure on tertiary care teaching hospitals.

Adequate funds must be allocated by the Ministry of Colleges and Universities and the Ministry of Health to establish the program on a firm basis and to enable it to offer a high standard of education. In particular, funds must be provided to compensate clinical supervisors and preceptors.

In addition to this university preparation, all who seek licensure in Ontario will be required to pass a comprehensive examination administered by the regulatory body.

Regulation of the Midwifery Profession

On April 3, 1986, the Minister of Health announced that midwifery will be a self-regulating profession. We considered whether the profession should be regulated, perhaps temporarily, by an experienced governing body, such as the College of Nurses. We concluded that it is preferable for a new governing body to be created to regulate the profession from the beginning. Initially, the Council of the governing body should consist of appointed experts and consumers; eventually, appointed experts should be replaced by midwives elected by members of the profession.

We believe midwifery should be regulated through a system of licensure, so that only those midwives who are registered by the governing body will be permitted to practise. To help consumers identify them, the titles "licensed midwife" and "midwife" should be restricted to their use.

Integration of Current Practitioners

The Task Force identified several groups of people with diverse midwifery qualifications who may wish to obtain licences to practise without completing the basic midwifery education program. These include approximately 50 midwives currently practising outside the official health care system and 900 or more nurses. Their midwifery knowledge, clinical skill, and experience should not be wasted. However, it is essential that no one be permitted to practise midwifery without first demonstrating their knowledge and clinical skill. We recommend that a Midwifery Integration Program be established. Applicants to the Program who obtain satisfactory scores in written and clinical examinations will be placed in hospitals, where their competence in providing all aspects of midwifery care will be assessed. Graduates of the Program will be given an opportunity to write the provincial midwifery licensing examination.

Since the Program should not be a substitute for basic midwifery education, it should be offered for a limited time. Midwives with formal midwifery qualifications obtained in other jurisdictions may present their credentials to the governing body for recognition. Provisional licences should not be issued to students in the Integration Program to authorize them to practise privately for its duration; however, women who wish to be cared for by students may "follow" them into the supervised setting of their clinical placements.

The Potential Requirement for Midwives

It is very difficult to estimate how many midwives Ontario will require; the potential requirement will depend on many factors, including policy decisions yet to be made. A key factor will be the amount of money the Ministry of Health allocates to midwifery services, and the impact of this allocation will be affected by midwives' productivity and how much they are paid. We have tried to estimate the numbers that might be required depending on how midwives are utilized.

We believe a reasonable objective is the formation of a pool of 50 qualified midwives within the first two years after implementation and a pool of 120 midwives at the end of five years. The education program should graduate a further 150 to 250 midwives by the year 2000, the number depending in part on how many foreign-trained midwives are licensed to practise in Ontario.

Improvements to Reproductive Care

Although the Task Force was not directed to consider how the overall system of reproductive care might be improved, we believe it is important to share what we have learned in the course of investigating how midwifery should be implemented. We believe the system can be improved at relatively little cost and with little disruption in the following ways:

1. Physicians, nurses and hospitals can pay greater attention to the psychological and social needs of childbearing women and their families.
2. Greater continuity of care can be provided.
3. Hospitals can permit greater flexibility in routines and protocols.
4. Hospitals can focus their efforts on improving care through people rather than decor.
5. Structures can be created to channel the views of consumers to hospital personnel in responsible positions.
6. In every hospital, one person can be assigned responsibility for effecting improvements.

7. Hospitals can establish forums for effective communication between medical and nursing staffs.

8. Resources both inside and outside hospitals can be used to obtain consistent high quality obstetrical care that responds to community needs.

9. The general practitioner's role in obstetrics can be strengthened and supported.

10. The defensive style of practice caused by fear of malpractice litigation can be moderated.

11. The nurse's role in providing family-centred maternity care can be strengthened.

12. The Ministry of Health can facilitate discussion of "good birthing" guidelines and issues in reproductive care.

Summary of Recommendations

Scope

1. The Task Force recommends that Ontario enact a Midwives Act in which the midwife's scope of practice is defined consistently with the international definition of midwife.

2. The Task Force recommends that the activities within the midwife's scope of practice relate primarily to the reproductive cycle.

3. The Task Force recommends that provision be made for the delegation of medical acts to midwives.

4. The Task Force recommends that the governing body for midwifery be vigilant to ensure that delegation of medical acts is used sparingly so that it does not produce more competence with technology at the expense of clinical skills.

5. The Task Force recommends that the standards of practice for midwives incorporate a minimum of two mandatory medical visits during pregnancy. We recommend that the first mandated visit be as early in the pregnancy as possible, and that the second be at 32 to 34 weeks.

6. The Task Force recommends that there be a third optional visit during the course of the pregnancy, at a time considered appropriate by the midwife, the physician involved in the case, or the woman herself. We recommend that additional medical visits, for which there is no actual need, be discouraged.

7. The Task Force recommends that the standards of practice for midwives include criteria for consultations with and referrals to physicians. We recommend that the governing body for midwives prepare these standards of practice in consultation with the College of Physicians and Surgeons of Ontario, the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada and appropriate experts in the disciplines of medicine and midwifery. The standards should clearly differentiate between consultations for advice, consultations for advice and treatment, and transfers of care.

Framework of Practice

8. The Task Force recommends that all midwifery practices display the characteristics of safe and effective care.

9. The Task Force recommends that midwives work in hospital midwifery services that meet the requirements for safe and effective midwifery practice.

10. The Task Force recommends that midwives work in birthing centres that meet the requirements for safe and effective practice.

11. The Task Force recommends that the Ministry of Health expand the mandate of the Community Health Centre program to permit Community Health Centres to employ midwives, provided the requirements of safe and effective practice are met.

12. The Task Force recommends that midwives work in services sponsored by boards of health that meet the requirements for safe and effective midwifery practice.

13. The Task Force recommends that midwives work in private practices that meet the requirements for safe and effective midwifery practice.

14. The Task Force recommends that midwives and physicians work together in practices that meet the requirements for safe and effective midwifery practice.

15. The Task Force recommends that no midwife be permitted to practise except in a practice, service, agency or other health facility approved by the Ministry of Health.

16. The Task Force recommends that a mechanism be established in the Ministry of Health for approving all institutional and community-based midwifery practices and services. We recommend that proposals to establish such practices and services be evaluated by a designated operational branch in conjunction with the Women's Health Bureau of the Ministry, and that approval be granted to proposed practices and services that meet the requirements for safe and effective midwifery practice. We recommend that the Ministry be empowered to discontinue or cancel approval if a practice or service fails to provide safe and effective midwifery care after a reasonable opportunity has been provided for it to do so.

17. The Task Force recommends that the Ministry of Health provide funding to approved institutional and community-based midwifery practices and services, including those proposed by individual midwives, groups of midwives, multi-disciplinary groups, boards of health, community agencies, physicians and hospitals. We recommend that funding be provided on the basis of global program-based budgets.

18. The Task Force recommends that the Ministry of Health appoint a member of its staff to assist applicants in preparing and submitting applications for program approval and funding.

19. The Task Force recommends that midwives be prohibited from seeking or obtaining payment for midwifery services directly or indirectly from clients.

20. The Task Force recommends that midwives be permitted to charge fees for childbirth education classes.

21. The Task Force recommends that the Ministry of Health be empowered to permit organizations such as unions, voluntary associations, and charitable foundations to pro-

vide full or partial funding to approved midwifery practices and services.

22. The Task Force recommends that the *Public Hospitals Act* and Regulations be amended to empower hospitals to appoint midwives to the hospital staff.

23. The Task Force recommends that the *Public Hospitals Act* and the Regulations thereunder be amended to establish the necessary structures and procedures for appointing midwives to the staffs of hospitals.

24. The Task Force recommends that liability insurance be mandatory for practising midwives.

25. The Task Force recommends that midwives, through their professional association, take steps to develop a self-financed insurance program as soon as possible.

26. The Task Force recommends that the governing body for midwifery prepare a home birth protocol covering assessment of risk and contraindications to home birth. In preparing the protocol the governing body should consult with appropriate professional organizations and authorities.

27. The Task Force recommends that the governing body for midwifery develop a standard of practice and establish a practice advisory service to provide guidance to midwives with regard to the care of women who choose to give birth at home despite contraindications.

28. The Task Force recommends a flying squad network not be created in Ontario to support home births. We recommend that caregivers and parents take responsibility for ensuring that transportation will be available during labour if needed.

29. The Task Force recommends that the Ministry of Health establish a home birth registry for the reporting of the mortality and morbidity outcomes of all home births taking place in the province. The registry should elicit detailed information on the mother's risk status, whether the home birth was planned or unplanned, and the causes of morbidity and mortality.

Qualifications

30. The Task Force recommends that there be multiple routes of entry to midwifery education in Ontario.

31. The Task Force recommends that midwifery education be provided in a program with two integrated streams: a four-year stream leading to a baccalaureate degree in midwifery and, for people who have university-level preparation in nursing, a 12 to 18 month stream, leading to a diploma in midwifery.

32. The Task Force recommends that the baccalaureate and diploma streams be offered at the same educational institution, and that courses, teaching and clinical faculty, clinical placement sites and student activities be combined, shared and intermingled.

33. The Task Force recommends that midwifery education be based at a university.

34. The Task Force recommends that the midwifery program be located at one of Ontario's health sciences centres.

35. The Task Force recommends that the Northern Ontario Distance Education Access Network be used in order to make it possible for parts of the midwifery education program to be taken in Northern Ontario communities.

36. The Task Force recommends that clinical components of the programs be arranged in community hospitals and suitable primary health care settings in various locations in Ontario.

37. The Task Force recommends that the university not restrict admission, or give preferential admission to applicants who reside in the geographical area from which it ordinarily draws the majority of its students. We recommend that attention be paid to applicants' home communities in an effort to admit qualified applicants from every part of Ontario.

38. The Task Force recommends that academic courses and clinical placements in the French language be arranged on an individual basis for Francophone students and that all universities cooperate to permit this to be done.

39. The Task Force recommends that the Ministry of Colleges and Universities select a centre through a competitive tendering process open to all health sciences centres. We recommend that the criteria used in assessing the proposals relate to the recommendations set out in this chapter, including use of the Northern Ontario Distance Education Access Network, use of other universities for French language instruction, use of clinical education sites in hospitals and primary care locations throughout Ontario, and existence of structures for contacts between midwifery, nursing and medical faculties, and students.

40. The Task Force recommends that selection of students not be based solely on academic achievement and that procedures used include assessment of applicants' personal suitability for midwifery, including their maturity, motivation, resourcefulness, service orientation and ability to relate to others.

41. The Task Force recommends that admission to the baccalaureate program be considered for students who can demonstrate that their life experience (including work, homemaking, childrearing, and volunteer activities) qualifies them for entry.

42. The Task Force recommends that advanced standing and course remission be available to students in the midwifery program.

43. The Task Force recommends that the baccalaureate curriculum be structured to complement the emerging "two plus two" structure of the baccalaureate nursing program. We recommend that humanities, social sciences, basic sciences and health sciences subjects be concentrated in the first two years, and that midwifery practice subjects be concentrated in the second two years. We recommend that where possible courses be shared with students in other health disciplines such as nursing and physiotherapy.

44. The Task Force recommends that courses be shared with students in the third and fourth years of the baccalaureate stream, and that the clinical placements for diploma students be indistinguishable from clinical placements for baccalaureate students (except the latter will require clinical practice in additional areas of nursing skills).

45. The Task Force recommends that community hospitals with Level I and Level II obstetrical services, community health centres, and physicians' offices in various parts of Ontario be used to provide clinical placement sites.

46. The Task Force recommends that the Ministry of Colleges and Universities or the Ministry of Health make funds available to compensate clinical instructors and supervisors of student midwives.

47. The Task Force recommends that the education program actively seek clinical elective opportunities in other jurisdictions and assist students who wish to take advantage of them.

48. The Task Force recommends that requirements for graduation include numbers of clinical experiences, including examinations, supervision and care of pregnant women, deliveries, postpartum examinations and newborn examinations. We recommend that the requirements be the same for students in both the diploma and the baccalaureate stream.

49. The Task Force recommends that funds be allocated for the establishment of midwifery education programs, and that the amount of start-up funds reflects the costs of curriculum design, faculty requirement and arrangements for clinical placement and supervision, as well as necessary capital improvements such as additional classroom space. We recommend that adequate operating grants also be made available.

Regulation

50. The Task Force recommends that midwifery be regulated through a system of licensure.

51. The Task Force recommends that the titles "midwife" and "licensed midwife" be protected titles for the profession of midwifery.

52. The Task Force recommends that a new governing body, a College of Midwives, be established to regulate the profession of midwifery.

53. The Task Force recommends that the Lieutenant Governor in Council appoint 13 members to serve on the Council of the College of Midwives at pleasure.

54. The Task Force recommends that representatives be selected from among students in the Midwifery Integration Program and foreign-trained midwives waiting to present their credentials for recognition, to provide liaison and advice to the interim Council.

55. The Task Force recommends that three midwives be appointed to the Council as soon as possible, selected from among the midwives licensed after successfully completing the Midwifery Integration Program and foreign-trained midwives whose credentials obtained are recognized. We recommend that the number of places on the Council allocated to midwives gradually increase thereafter to a maximum two-thirds of the total number of places. We recommend that the midwives appointed to the Council replace representatives of other disciplines rather than consumers. We further recommend that midwives be elected to the Council, rather than appointed, as soon as their numbers warrant.

56. The Task Force recommends that in the long run the permanent Council of the College of Midwives be composed of between nine and 15 members elected by licensed midwives; between three and five public members appointed by the Lieutenant Governor in Council; and one person appointed by the university that administers the midwifery education program.

57. The Task Force recommends that the Council be required to constitute an Executive Committee, as well as committees responsible for Registration, Fitness to Practise, Continuing Competence Assurance, Complaints, and Discipline.

58. The Task Force recommends that the College of Midwives share administrative services, office facilities, and staff with one or more governing bodies of unrelated health professions.

59. The Task Force recommends that the College of Midwives establish criteria for recognizing the qualifications of foreign-educated midwives. We recommend that the criteria relate to the equivalence of educational preparation, and the recency and relevancy of practice experience.

60. The Task Force recommends that the College of Midwives set and administer an examination for all midwives who wish to be licensed to practise in Ontario.

61. The Task Force recommends that the College of Midwives, through the Continuing Competence Assurance Committee, establish systems for assuring continuing competence.

62. The Task Force recommends that the College of Midwives be empowered to prosecute people who contravene midwifery legislation.

63. The Task Force recommends that the Ministry of Health subsidize the establishment and ongoing operation of the College of Midwives until the profession has sufficient numbers to bear the full costs of College operations.

Integration

64. The Task Force recommends that a Midwifery Integration Program be established for the purpose of integrating people into the profession of midwifery.

65. The Task Force recommends that the Integration Program be administered by the same educational institution that will administer the basic midwifery education program.

66. The Task Force recommends that adequate funding be provided to the Midwifery Education Program by the Ministry of Health and Ministry of Colleges and Universities.

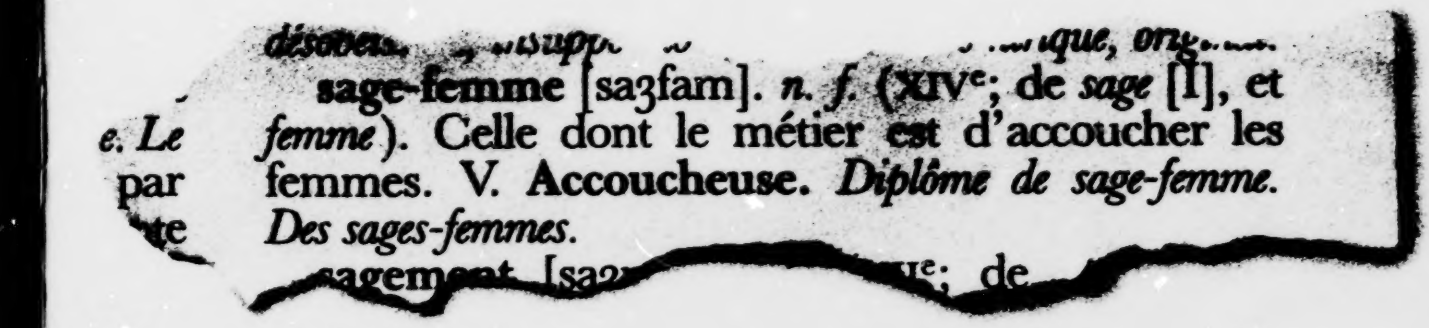
67. The Task Force recommends that the Midwifery Integration Program be offered for a limited time.

68. The Task Force recommends that provisional licences not be issued to students in the Midwifery Integration Program to authorize them to practise midwifery outside the Program.

Potential Requirement

69. The Task Force recommends that the Ministry of Health and the Ministry of Colleges and Universities coordinate human resources planning for midwifery, nursing and medicine.

70. The Task Force recommends that nursing, medical, and midwifery bodies that address human resources planning in submissions to government consider the role played by the other professions in providing maternal and infant care.



désobéis... ...sup... ... ...ique, org...
sage-femme [saʒfam]. *n. f.* (XIV^e^; de *sage* [I], et *femme*). Celle dont le métier est d'accoucher les femmes. V. **Accoucheuse.** *Diplôme de sage-femme. Des sages-femmes.*
e. *Le*
par
te
...sagement [sa... ...ue; de

SYNTHÈSE ET SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS DU RAPPORT DU GROUPE D'ÉTUDE SUR L'INTÉGRATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME EN ONTARIO

1987

Définition tirée du Petit Robert (1986)

ISBN 0-7729-2942-4
09/87 1M

Ontario

Shop Canadian
Magasinons à la canadienne

Task Force on the Implementation of Midwifery

Groupe de travail sur la profession de sage-femme

14th Floor, 700 Bay Street
Toronto, Ontario
M5G 1Z6
416/965-5094

Monsieur Murray J. Elston
Ministre de la Santé
Édifice Hepburn, 10e étage
80, rue Grosvenor
Toronto (Ontario)
M7A 2C4

Monsieur Greg Sorbara
Ministre des Collèges et Universités
101, rue Bloor ouest, 13e étage
Toronto (Ontario)
M5S 1P7

Messieurs,

Conformément à l'article 9 de la Loi sur le ministère de la Santé, L.R.O de 1980, chap. 280, nous avons le plaisir de vous soumettre le rapport du groupe de travail sur la profession de sage-femme en Ontario.

Veuillez agréer, Messieurs, l'expression de nos sentiments très distingués.

Mary Eberts, présidente

Alan Schwartz, vice-président

Rachel Edney, membre

Karyn Kaufman, membre

Synthèse du rapport

du Groupe d'étude sur l'intégration de la profession de sage-femme en Ontario

Nomination du Groupe d'étude

Le 23 janvier 1986, Monsieur Murray Elston, ministre de la Santé de l'Ontario, annonçait l'intention du gouvernement de «faire de la profession de sage-femme un élément reconnu du système de santé de l'Ontario» et de réglementer l'exercice de cette profession. Il annonçait la création d'un Groupe d'étude sur l'intégration de la profession de sage-femme en Ontario, chargé de lui présenter, ainsi qu'à Monsieur Greg Sorbara, ministre des Collèges et Universités, des recommandations sur :

- l'exercice de la profession de sage-femme en Ontario,
- la formation des sages-femmes,
- les règles d'admission, la compétence, la déontologie et la discipline de la profession,
- l'exercice à titre de praticiennes indépendantes ou l'intégration à un service structuré,
- le cadre matériel de prestation des services et
- les rapports optimaux entre sages-femmes et médecins.

Plusieurs facteurs ont suscité la décision d'accorder la reconnaissance juridique à la profession de sage-femme. Depuis quelque temps, on observe un intérêt croissant envers cette profession en Ontario. Certaines femmes ont le sentiment que les soins de maternité sont devenus le fief de spécialistes, en majorité masculins, les obstétriciens, qui considèrent la grossesse et l'accouchement comme des situations pathologiques en puissance. Elles sont persuadées que des sages-femmes leur prodigueraient des soins dans une perspective plus «globale», en considérant la grossesse et l'accouchement comme des situations normales et en accordant toute l'importance voulue à leurs besoins psychologiques et sociaux, et que la fréquence des interventions césariennes s'en trouverait réduite. Il y a également de plus en plus de sages-femmes exerçant en Ontario et elles font de plus en plus entendre leur revendication de reconnaissance auprès du gouvernement et du public. L'attention du public a été attirée sur la profession de sage-femme (et sur la question distincte de l'accouchement à domicile) en 1985, lors de l'enquête suscitée par la mort, dans l'île de Toronto, d'un petit garçon de deux jours mis au monde par une sage-femme. Le jury du coroner avait alors recommandé qu'on accorde la reconnaissance juridique à la profession de sage-femme et qu'on l'intègre au système de santé.

Tout cela témoigne du regain d'intérêt pour les sages-femmes partout en Amérique du Nord et des nouvelles idées sur les soins de maternité qui règnent actuellement dans beaucoup de pays industrialisés.

Le travail du Groupe d'étude

Le Groupe d'étude s'est renseigné sur l'exercice de la profession de sage-femme au Canada et à l'étranger, sur la conception qu'ont de l'intégration des sages-femmes dans le système de santé les intéressées elles-mêmes ainsi que les autres prestateurs de soins de santé de la province et, enfin, sur la perception qu'a le public de ses besoins.

Nous nous sommes longuement entretenus avec les responsables d'organismes représentant le corps médical, les infirmiers/infirmières, les hôpitaux, les enseignants des sciences de la santé et les sages-femmes, et nous avons tenu des audiences publiques à Toronto, Ottawa, Hamilton, Windsor, Kingston, London, Thunder Bay, Dryden et Sudbury. Nous avons reçu des mémoires émanant de plus de 500 groupes de femmes, d'associations de consommateurs et de personnes s'exprimant à titre personnel. Nous avons rassemblé une importante documentation sur la profession de sage-femme et certains aspects des soins de maternité. Pour établir les ressources en Ontario, nous avons fait effectuer deux enquêtes, l'une sur les infirmières, l'autre sur les sages-femmes exerçant actuellement leur profession en dehors du système de santé officiel.

Les membres du Groupe d'étude ont visité des écoles et des consultations de sages-femmes et ont rencontré les responsables des ordres des sages-femmes au Danemark, aux Pays-Bas, en Angleterre, en Écosse, au Pays de Galles et aux États-Unis. Nous avons voulu aller voir ce qui se passait, à la fois dans des pays où les sages-femmes exercent leur profession de façon indépendante et y ont une compétence clairement définie au sein du système de santé, et dans des pays où les sages-femmes n'arrivent pas à exercer leur pleine compétence et voient leur statut menacé ou encore mal reconnu. L'observation des réussites et des échecs dans ces pays nous a guidés dans le choix des mesures à recommander en Ontario.

Le système actuel de soins de maternité

Le système actuel de soins de maternité étant le cadre d'intégration de la profession de sage-femme, il méritait un examen approfondi. Actuellement, une femme enceinte en Ontario est quasi certaine d'être sous les soins d'un médecin pendant sa grossesse et lors de son accouchement. Alors qu'auparavant ce médecin était le plus souvent le médecin de famille, il s'agit aujourd'hui plutôt d'un spécialiste en obstétrique et gynécologie. En 1985-86, 31,5 pour cent de tous les accouchements ont été faits par des omnipraticiens, 67,3 pour cent par des obstétriciens. Si d'une part il y a une plus grande proportion (43,9 pour cent) des accouchements par les voies naturelles sans intervention instrumentale qui sont faits par des omnipraticiens, il n'en reste pas moins que 55,7 pour cent de ceux-ci sont pratiqués par des obstétriciens, spécialistes des grossesses à haut risque et des accouchements compliqués.

Les infirmières jouent divers rôles au cours des étapes successives du cycle de la maternité. Celles qui travaillent dans le cabinet d'un médecin l'aident à donner les soins pré- et post-natals. Les infirmières hygiénistes donnent des cours prénatals, aident les femmes ayant une grossesse à haut risque à obtenir les soins nécessaires et font des visites post-natales à domicile. Les infirmières travaillant en milieu hospitalier donnent des soins aux femmes pendant le travail, pendant l'accouchement proprement dit et après l'accouchement.

Bien que depuis plus d'un siècle, en Ontario, la profession de sage-femme soit privée de reconnaissance juridique, les sages-femmes n'ont jamais disparu et elles continuent d'exercer à l'heure actuelle dans la province. Il existe plusieurs catégories de sages-femmes. D'après l'enquête menée pour le compte du Groupe d'étude par Norpark Computer Design Inc., une cinquantaine de sages-femmes exercent actuellement en Ontario hors du système de santé officiel. En milieu hospitalier, on en trouve dans les hôpitaux Chedoke-McMaster d'Hamilton, dans le cadre d'un projet-pilote mené conjointement par les hôpitaux et la faculté des sciences de la santé de l'université McMaster. Des infirmières fonctionnaires du gouvernement fédéral donnent des soins pré- et post-natals complets aux

femmes autochtones du Grand Nord et les accouchent en cas d'urgence. Bien que ces infirmières ne soient pas reconnues comme sages-femmes, la formation que certaines possèdent dans ce domaine est considerée comme extrêment précieuse.

Les taux de mortalité périnatale et maternelle ont enregistré une baisse spectaculaire en Ontario au cours des 35 dernières années. Ils sont comparables ou inférieurs à ceux de bien d'autres pays industrialisés. Cependant, les taux d'interventions césariennes et instrumentales sont beaucoup plus élevés que dans de nombreux pays européens. Il est extrêmement difficile de juger du degré de satisfaction des femmes vis-à-vis du système actuel de soins de maternité.

Principes directeurs

Pour établir nos recommandations, nous nous sommes laissé guider par six principes clés :

1. La protection du public

Les femmes et leurs bébés doivent être protégés contre la pratique d'accouchements par des personnes incompétentes exerçant sans contrôle.

2. La demande des intéressées

Les femmes en Ontario ont recours aux services des sages-femmes parce qu'elles les jugent parfois mieux adaptés que ceux des médecins. Pour répondre à cette demande, le système doit prévoir une continuité des soins tout au long du cycle de la maternité. Il faut que les sages-femmes soient en mesure de dispenser conseils, informations et soutien affectif. Il faut donc prendre des mesures pour permettre à la profession de sage-femme de répondre à l'évolution sociale.

3. L'autonomie

L'expérience à l'étranger prouve que les soins dispensés par les sages-femmes sont les plus efficaces lorsqu'elles ont le droit d'exercer de façon autonome leur pleine compétence et lorsque la profession de sage-femme possède un statut juridique indépendant. Les sages-femmes doivent avoir le droit d'assumer la responsabilité des soins qu'elles dispensent à leurs clientes et ne pas être restreintes au rôle d'infirmières ou d'aides-médecins.

4. L'intégration

Pour que les sages-femmes puissent dispenser des soins sûrs et efficaces, leur profession doit être complètement intégrée au système global de santé. Les sages-femmes doivent bénéficier d'une formation dans les mêmes établissements que les étudiants en médecine et en sciences infirmières. Les sages-femmes et les médecins doivent dispenser leurs soins en collaboration et les deux professions doivent contracter des accords collectifs sur certains points, notamment sur les mises en rapport et les consultations.

5. La crédibilité

Après tant d'années d'exclusion du système de santé officiel, les sages-femmes doivent regagner la confiance du public, des autres prestateurs de soins de santé et des conseils d'administration des hôpitaux. Aucune femme ne doit être obligée de recourir aux services d'une sage-femme plutôt qu'à ceux d'un médecin, mais les avantages des soins offerts par les sages-femmes ne doivent pas être compromis ni susciter d'appréhensions quant à leur sécurité, ni aucune confusion quant au rôle des sages-femmes.

6. L'appui des pouvoirs publics

Même aux Pays-Bas, où la profession de sage-femme est bien implantée et où les sages-femmes jouent un rôle de premier plan dans les soins de maternité, l'État juge nécessaire d'appuyer et de protéger la profession. Aussi, ici, en Ontario, où la profession de sage-femme doit être réintégrée, les pouvoirs publics doivent s'engager à allouer les crédits nécessaires pour assurer la formation des sages-femmes et la prestation de leurs services et à passer les lois nécessaires pour leur permettre d'occuper la place qui leur revient dans le système de santé.

Compétence des sages-femmes

Le Groupe d'étude recommande que l'Ontario adopte une loi sur les sages-femmes en vertu de laquelle leur compétence serait définie conformément à la définition internationale* qui suit :

> [la sage-femme] doit être en mesure de dispenser la surveillance, les soins et les conseils nécessaires aux femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-natale, de procéder à des accouchements sous sa seule responsabilité et de dispenser les soins nécessaires au nouveau-né et à la mère. Ces soins comprennent les mesures préventives, la détection d'anomalies chez la mère et l'enfant, l'obtention d'assistance médicale et l'exécution de mesures d'urgence en l'absence d'un médecin. Elle joue un rôle important en matière de consultation et d'éducation sanitaires, non seulement auprès de ses clientes, mais également dans un cadre familial et social. Son travail doit englober l'éducation prénatale et la préparation à la parentalité ainsi que certains actes de gynécologie, planisme familial et puériculture.
>
> Elle peut exercer en milieu hospitalier, dans des dispensaires, des centres médicaux ainsi qu'à domicile ou dans tout autre service.

*Adoptée par la Confédération internationale des sages-femmes et la Fédération internationale des gynécologues et obstétriciens et en usage par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Voici les responsabilités principales de la sage-femme :

- surveillance des grossesses normales
- dépistage des grossesses à risque
- conseils et informations à la femme enceinte
- soins à la parturiente et surveillance du foetus pendant le travail
- accouchements en cas d'expulsion spontanée par les voies naturelles

- examen et soins du nouveau-né
- soins et conseils à l'accouchée pendant la période post-natale et
- mesures d'urgence en cas de nécessité.

La sage-femme est une spécialiste des soins de maternité «normaux»; ses clientes sont principalement des femmes en bonne santé, dont la grossesse se passe bien et dont l'accouchement ne devrait présenter aucune complication. Cependant, à notre avis, les sages-femmes ne doivent pas être complètement exclues des soins aux femmes dont l'état nécessite l'attention de médecins, car certains services des sages-femmes, comme la consultation et l'éducation, peuvent très bien leur être utiles. Bien que dans certains pays les sages-femmes pratiquent certains actes gynécologiques, en dehors du cycle de la maternité, le Groupe d'étude n'a rencontré aucun argument en faveur d'un tel état de choses en Ontario.

La *Loi sur les sciences de la santé*, qui réglemente cinq disciplines, notamment la médecine et les sciences infirmières, prévoit un mécanisme de délégation de certains actes médicaux à des personnes qui ne sont pas médecins. À notre avis, il y a des actes étrangers à la compétence des sages-femmes qu'il peut être utile de leur confier, même après qu'un médecin a assumé la responsabilité des soins (nous pensons par exemple au dosage d'injections intraveineuses visant à stimuler le travail); il faut donc prévoir des dispositions permettant de déléguer de tels actes médicaux aux sages-femmes. Toutefois, il ne faudrait y recourir qu'avec modération, sous peine de voir les sages-femmes acquérir la maîtrise de la technologie médicale aux dépens de l'exercice des compétences cliniques qui leur sont propres.

Partout où nous avons mené l'enquête, les clientes des sages-femmes voient un médecin à certains moments de leur grossesse. À notre avis, deux visites médicales s'imposent, dans l'intérêt de la femme enceinte et du foetus, la première devant avoir lieu le plus tôt possible, la seconde entre la 32e et la 34e semaine. Ces visites doivent permettre, outre d'évaluer l'état de santé de la femme et la façon dont se présente la grossesse et de décider s'il est opportun ou non de la confier à une sage-femme, de lui donner accès aux médicaments délivrés uniquement sur ordonnance et aux examens et analyses qui exigent l'intervention d'un médecin. Le code de déontologie des sages-femmes doit prévoir les cas nécessitant des consultations supplémentaires avec les médecins et la mise en rapport des clientes vers ceux-ci; tout ceci devrait être fixé par l'ordre des sages-femmes, conjointement avec les autres organismes professionnels concernés.

Conditions de pratique

Selon le Groupe d'étude, les sages-femmes peuvent exercer efficacement dans le cadre de diverses structures, entre autres les hôpitaux, maternités, cabinets médicaux et consultations privées de sage-femme. Il est inutile d'imposer une formule unique à toutes les collectivités ou à toutes les sages-femmes. L'important, c'est que, quelle que soit la formule adoptée, les soins dispensés par les sages-femmes soient sûrs et efficaces. Voici les conditions à respecter :

- la continuité des soins est assurée;
- les responsabilités de la sage-femme englobent les conseils, l'information et le soutien affectif;
- la sage-femme a accès aux structures hospitalières comme aux structures sociales;
- la sage-femme travaille en collaboration avec des médecins qu'elle peut consulter, à qui elle peut adresser ses clientes et qui peuvent leur prescrire les médicaments, examens et analyses nécessaires;
- la sage-femme exerce de façon autonome dans les limites de sa compétence;
- la sage-femme s'occupe principalement des grossesses à faible risque et des accouchements normaux;
- la sage-femme a l'occasion de se recycler et est soumise à l'évaluation de ses consoeurs;
- la sage-femme bénéficie de conditions de travail raisonnables et d'une rémunération équitable;
- les services répondent aux besoins et préférences des clientes;
- l'efficacité des services fait l'objet d'une évaluation constante;
- les soins dispensés sont d'un bon rapport coût/avantages.

Le Groupe d'étude recommande qu'on établisse un mécanisme d'autorisation pour garantir, dans toute la mesure du possible, le respect de ces conditions par toutes les sages-femmes exerçantes. Tout établissement, groupe ou personne souhaitant dispenser des services de sage-femme devra présenter une demande auprès du ministère de la Santé. En accordant ou en refusant son autorisation, le Ministère pourra ainsi contrôler la qualité et l'efficacité de ces services et garantir une intégration concertée et méthodique des sages-femmes dans le système de santé.

Toutefois, une simple autorisation ne suffira pas à l'intégration de la profession et à la prestation des services : il faut également prévoir des crédits. En annonçant sa décision de reconnaître la profession de sage-femme, le ministère de la Santé a omis de préciser explicitement si le coût des services des sages-femmes sera assumé par les clientes ou la Province. Sur ce point, nous sommes du même avis que la vaste majorité des auteurs des mémoires que nous avons reçus : c'est la Province qui doit défrayer les services des sages-femmes. Il s'est avéré difficile de déterminer un mécanisme convenable de règlement des honoraires des sages-femmes. Au terme de nos réflexions, nous avons conclu que le règlement à l'acte, comme celui qui a cours pour les médecins en vertu du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario, serait mal adapté et malcommode dans le cas des sages-femmes. Nous recommandons plutôt que le ministère de la Santé subventionne les consultations et services des sages-femmes sous la forme de budgets globaux affectés à des programmes.

À notre avis, les sages-femmes ne devraient pas être autorisées à réclamer leurs honoraires directement à leurs clientes. Leurs soins devraient être accessibles à toutes les femmes et il ne faudrait pas qu'il y ait de sages-femmes «de luxe» dont les services seraient réservés à une minorité de femmes capables de les rémunérer elles-mêmes. Si nous sommes conscients que les crédits alloués par le ministère risquent d'être insuffisants pour rémunérer toutes les sages-femmes dont les services obtiennent l'autorisation au cours d'un exercice donné, à notre avis, la seule exception au principe du financement gouvernemental devrait consister à autoriser des organismes tels que les syndicats, associations bénévoles et caritatives à assurer le finance-

ment complet ou partiel des services de sages-femmes autorisés.

Plus de 99 pour cent des enfants en Ontario naissent à l'hôpital. Il est donc impossible d'intégrer les sages-femmes au système de santé sans leur permettre l'accès aux maternités des hôpitaux. Si on leur interdit de pratiquer dans les hôpitaux, on mettra leurs clientes dans l'alternative suivante : soit accoucher à domicile, soit accoucher à l'hôpital avec l'aide de quelqu'un (un médecin) qu'elles n'auront pas choisi. Au lieu de promouvoir l'accouchement à l'hôpital, l'exclusion des sages-femmes des hôpitaux encouragera les femmes à accoucher chez elles. Cela favorisera également la constitution d'un groupe de sages-femmes pratiquant les accouchements à domicile à l'écart du système officiel de santé. Nous recommandons donc qu'on modifie la *Loi sur les hôpitaux publics* et les règlements afférents, de façon à permettre aux hôpitaux d'intégrer les sages-femmes à leur personnel.

L'assurance-responsabilité professionnelle s'impose, pour protéger les sages-femmes et leurs clientes contre les conséquences d'erreurs professionnelles. Malheureusement, l'intégration des sages-femmes au système de santé survient à un moment où il est difficile d'obtenir une assurance-responsabilité professionnelle et où les primes sont élevées. Le Groupe d'étude n'en juge pas moins que l'assurance-responsabilité professionnelle devrait être obligatoire pour les sages-femmes exerçantes, à défaut de quoi, les sages-femmes ne pourraient être entièrement responsables de leurs actes, les médecins se montreraient réticents de travailler en collaboration avec elles et les hôpitaux se refuseraient de les intégrer à leur personnel. Les sages-femmes travaillant en milieu hospitalier et dans d'autres établissements seront couvertes par l'assurance de leurs employeurs, mais celles qui ont une clientèle privée devront souscrire des polices individuelles. Les sages-femmes devraient s'attacher, par l'entremise de leur association professionnelle, à mettre au point un régime d'assurance autofinancé.

Bien que très peu de femmes le choisissent, l'accouchement à domicile reste au centre de bien des contreverses en Ontario. Les médecins et le personnel infirmier s'opposent quasi unanimement à l'accouchement à domicile délibéré, alors que les sages-femmes, elles, jugent que pour certaines femmes convenablement sélectionnées, il n'y a aucun danger d'accoucher chez soi. Plusieurs revues récentes de la littérature scientifique sur le sujet ont abouti à la conclusion que rien ne prouve que l'accouchement à domicile expose les femmes et les bébés à des risques excessifs; en fait, il semblerait que la morbidité (maladie) soit plus élevée chez les femmes accouchées et soignées à l'hôpital, ainsi que chez leurs bébés. Le Groupe d'étude trouve que tous les prestateurs de soins de santé devraient s'accorder à reconnaître qu'il faut améliorer les conditions de sécurité des accouchements partout, y compris à domicile. On diminue les risques de l'accouchement à domicile en sélectionnant soigneusement les femmes pour lesquelles il ne présente pas de contre-indications et en assurant à ces femmes les soins de sages-femmes ou de médecins. Nous recommandons que l'ordre des sages-femmes, conjointement avec des experts médicaux, établisse un protocole d'accouchement à domicile pour aider les sages-femmes à évaluer l'à-propos d'un accouchement à domicile pour leurs clientes. Nous suggérons qu'on recourt également à d'autres moyens d'améliorer la sécurité de l'accouchement à domicile dans le cadre des ressources actuelles.

Formation

L'admissibilité aux études de sage-femme a constitué l'un des aspects fondamentaux du travail du Groupe d'étude. D'une part, les associations d'infirmiers/infirmières et les enseignants des sciences infirmières proposaient que toute personne désireuse de faire des études de sage-femme obtienne au préalable une formation en sciences infirmières; cette formule donnerait aux infirmiers/infirmières un monopole sur la profession de sage-femme. D'autre part, les sages-femmes, les associations de sages-femmes et la plupart des associations de consommateurs trouvaient que tout le monde devait pouvoir faire des études de sage-femme, sans forcément avoir fait des études en sciences infirmières au préalable; cette formule permettrait aux infirmières de devenir sages-femmes, sans pour autant écarter de la profession des gens ayant d'autres formations préalables. Nous tenons pour la seconde formule, que nous qualifions de «filière multiple». Elle se justifie à notre avis parce qu'il s'agit d'une profession autonome et non d'une spécialité des sciences infirmières et qu'elle permettra aussi de tirer meilleur parti des ressources éducatives et d'intégrer plus efficacement les sages-femmes actuelles. Cette formule empêchera en outre la création de deux corps de sages-femmes : un corps réglementé, composé d'infirmières, et un corps «clandestin», non réglementé, dont les membres n'auraient aucune formation en sciences infirmières.

Nous recommandons la création de deux sections pour tenir compte de la formation préalable des elèves. D'un côté, un cursus de quatre ans, menant à un baccalauréat de sage-femme, qui assure une formation complète sur les plans théorique et pratique aux élèves n'ayant aucune formation postsecondaire connexe. D'autre part, il existerait un cursus de 12 à 18 mois à l'intention des infirmières titulaires d'un diplôme universitaire pour leur donner d'une façon accélérée la préparation supplémentaire nécessaire à l'exercice de la profession de sage-femme. Les deux sections doivent être intégrées dans un programme unique dispensé dans un centre universitaire de sciences de la santé, sélectionné par adjudication. Où que le programme soit dispensé, il faudra en favoriser l'accès maximum aux élèves francophones et aux habitants du Nord de l'Ontario, grâce à l'homologation de crédits obtenus dans d'autres universités, pendant des stages cliniques et grâce au Réseau d'enseignement à distance dans le Nord de l'Ontario. Le programme doit se servir des hôpitaux communautaires, des centres de soins communautaires et des cabinets médicaux de tout l'Ontario comme établissements de formation clinique, tant pour assurer aux futures sages-femmes un milieu approprié d'apprentissage que pour soulager les centres hospitaliers universitaires offrant des soins tertiaires.

Le ministère des Collèges et Universités et le ministère de la Santé doivent allouer les crédits nécessaires à une mise en oeuvre solide du programme et au maintien d'un haut niveau d'études. Il faut en particulier prévoir les crédits nécessaires à la rémunération des chefs de cliniques.

Parallèlement à cette préparation universitaire, toutes les sages-femmes qui demandent la permission d'exercer en Ontario devront passer un examen complet administré par l'ordre.

Réglementation de la profession de sage-femme

Le 3 avril 1986, le ministère de la Santé a annoncé que la profession de sage-femme sera réglementée par un ordre propre. Nous avons

envisagé un moment la réglementation de la profession, éventuellement à titre temporaire, par un autre ordre déjà expérimenté, par exemple celui des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Puis, nous avons conclu qu'il était préférable de créer dès le départ un nouvel ordre pour réglementer la profession. Au début, le Conseil de l'ordre des sages-femmes devrait rassembler des experts nommés et des consommateurs; par la suite, les experts seraient remplacés par des sages-femmes élues par le corps de la profession.

À notre avis, il faudrait établir un système d'aggrégation, selon lequel seules les sages-femmes inscrites à l'ordre des sages-femmes auraient le droit d'exercer. Pour aider les consommateurs à s'y retrouver, les titres «sage-femme agréée» et «sage-femme» leur seraient réservés.

Intégration des praticiennes actuelles

Le Groupe d'étude a repéré plusieurs groupes de personnes ayant des qualifications diverses, susceptibles de demander la permission d'exercer, sans devoir entreprendre les études de base de sage-femme. Il s'agit essentiellement d'une cinquantaine de sages-femmes exerçant actuellement en dehors du système de santé officiel et de quelque 900 infirmières. Il serait dommage de ne pas tirer parti de leurs connaissances, de leurs compétences cliniques et de leur expérience. Cependant, il est capital qu'on n'autorise aucune sage-femme à exercer sans avoir préalablement vérifié ses connaissances et compétences cliniques. Nous recommandons la création d'un programme d'intégration des sages-femmes; les candidates qui obtiendraient des résultats satisfaisants aux épreuves écrites et aux examens cliniques seraient placées dans des hôpitaux, où l'on évaluerait leur compétence dans tous les soins que sont censées dispenser les sages-femmes. À l'issue du programme, elles auraient le droit de passer l'examen provincial de sage-femme, en vue d'obtenir la permission d'exercer.

Ce programme ne devant en aucune sorte remplacer les études de base de sage-femme, il faudra ne l'offrir que pendant un temps limité. Les sages-femmes titulaires d'un diplôme de sages-femmes délivré dans d'autres provinces ou pays pourront en demander l'homologation à l'ordre des sages-femmes. Il ne faudra pas délivrer de permis provisoires aux élèves du programme d'intégration pour les autoriser à avoir une clientèle privée pendant ce temps-là; cependant, les femmes qui souhaitent leurs soins pourront les «suivre» dans l'établissement surveillé où elles font leurs stages cliniques.

Effectif nécessaire

Il est très difficile d'évaluer le nombre de sages-femmes qu'il faudra en Ontario; cela dépend de nombreux facteurs, y compris de certaines décisions politiques encore inconnues. L'importance des crédits que le ministère de la Santé allouera à la prestation des services de sages-femmes constituera l'un des facteurs prépondérants; l'effet de ces crédits dépendra de la productivité des sages-femmes et de leur rémunération. Nous avons essayé d'évaluer le nombre de sages-femmes nécessaires, selon la façon dont on usera de leurs services.

À notre avis, on peut raisonnablement se fixer comme objectif la formation de 50 sages-femmes qualifiées dans les deux ans suivant l'intégration de la profession et de 120 sages-femmes après cinq ans. D'ici l'an 2000, il devrait être sorti 150 à 250 sages-femmes diplômées de plus, ce nombre dépendant en partie des sages-femmes formées à l'étranger qui obtiennent la permission d'exercer en Ontario.

Amélioration des soins de maternité

Bien que le Groupe d'étude n'ait pas été chargé d'examiner les possibilités d'amélioration du système général des soins de maternité, nous avons jugé important d'exposer ce que nous avons appris au cours de l'enquête sur l'intégration de la profession de sage-femme. À notre avis, le système pourrait être amélioré de façon relativement peu coûteuse et sans grand bouleversement, grâce aux mesures suivantes :

1. Les médecins, infirmières et hôpitaux pourraient se soucier davantage des besoins psychologiques et affectifs des femmes enceintes et de leur famille.
2. On pourrait assurer une meilleure continuité des soins.
3. Les hôpitaux pourraient tolérer une plus grande souplesse dans leurs méthodes et leurs protocoles.
4. Les hôpitaux pourraient s'efforcer d'améliorer leurs soins sur le plan humain plutôt que sur le plan du décor.
5. On pourrait trouver des moyens de faire part des opinions des consommateurs aux dirigeants des hôpitaux.
6. On pourrait nommer dans chaque hôpital une personne responsable de la mise en oeuvre de ces améliorations.
7. Les hôpitaux pourraient organiser des rencontres pour favoriser la communication entre les médecins et le personnel infirmier.
8. On pourrait employer des ressources, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des hôpitaux, pour dispenser des soins obstétricaux de qualité, conformes aux aspirations de la collectivité.
9. On pourrait renforcer et appuyer le rôle de l'omnipraticien dans le domaine de l'obstétrique.
10. On pourrait atténuer l'espèce de méfiance défensive que provoque la crainte des procès pour erreurs professionnelles.
11. On pourrait renforcer le rôle des infirmières dans les soins de maternité centrés sur la famille.
12. Le ministère de la Santé pourrait favoriser le débat sur certaines questions relatives à l'accouchement et aux soins de maternité.

Sommaire des recommandations

Compétence

1. Le Groupe d'étude recommande que l'Ontario adopte une loi sur les sages-femmes, en vertu de laquelle leur compétence serait définie conformément à la définition internationale.

2. Le Groupe d'étude recommande que la compétence des sages-femmes soit principalement limitée aux soins en rapport avec le cycle de la maternité.

3. Le Groupe d'étude recommande qu'on prévoie des dispositions permettant la délégation d'actes médicaux aux sages-femmes.

4. Le Groupe d'étude recommande que l'ordre des sages-femmes veille à ce qu'on recourt avec modération à la délégation d'actes médicaux sous peine de voir les sages-femmes acquérir la maîtrise de la technologie aux dépens de l'exercice des compétences cliniques qui leur sont propres.

5. Le Groupe d'étude recommande que le code de déontologie des sages-femmes prévoie au minimum deux visites médicales obligatoires pendant la grossesse. Nous recommandons que la première de ces visites ait lieu le plus tôt possible, la seconde entre la 32e et la 34e semaine.

6. Le Groupe d'étude recommande qu'on prévoie une troisième visite facultative pendant la grossesse, au moment jugé opportun par la sage-femme, le médecin concerné ou la femme enceinte elle-même. Nous recommandons que toute visite médicale supplémentaire superflue soit découragée.

7. Le Groupe d'étude recommande que le code de déontologie des sages-femmes prévoie des consultations avec les médecins et la mise en rapport des clientes avec ceux-ci. Nous recommandons que l'ordre des sages-femmes établisse ce code de déontologie conjointement avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, ainsi que les experts désignés de l'exercice de la médecine et de la profession de sage-femme. Ce code devrait prévoir clairement la différence entre la consultation pour demander un avis, la consultation pour demander un avis et obtenir un traitement et le transfert de soins.

Conditions d'exercice

8. Le Groupe d'étude recommande que toutes les sages-femmes exercent leur profession dans des conditions assurant la prestation de soins sûrs et efficaces.

9. Le Groupe d'étude recommande que les sages-femmes travaillent dans des services hospitaliers remplissant les conditions nécessaires à la prestation de soins sûrs et efficaces.

10. Le Groupe d'étude recommande que les sages-femmes travaillent dans des maternités remplissant les conditions nécessaires à la prestation de soins sûrs et efficaces.

11. Le Groupe d'étude recommande que le ministère de la Santé élargisse le programme des centres de soins communautaires de façon à leur permettre d'employer des sages-femmes, à condition qu'ils remplissent les conditions nécessaires à la prestation de soins sûrs et efficaces.

12. Le Groupe d'étude recommande que les sages-femmes travaillent dans des services relevant des conseils de santé remplissant les conditions nécessaires à la prestation de soins sûrs et efficaces.

13. Le Groupe d'étude recommande que les sages-femmes travaillent dans des cabinets privés remplissant les conditions nécessaires à la prestation de soins sûrs et efficaces.

14. Le Groupe d'étude recommande que les sages-femmes et les médecins travaillent en collaboration dans les conditions nécessaires à la prestation de soins sûrs et efficaces.

15. Le Groupe d'étude recommande qu'on n'autorise aucune sage-femme à exercer en dehors d'un cabinet, d'un service, d'un organisme ou d'un autre établissement de santé agréé par le ministère de la Santé.

16. Le Groupe d'étude recommande qu'on instaure au ministère de la Santé un mécanisme pour l'autorisation des services des sages-femmes en établissements et dans les collectivités. Nous recommandons que les propositions de prestation de tels services soient évaluées par une direction désignée du ministère, en rapport avec le Bureau pour la santé des femmes, et que l'autorisation ne soit accordée que lorsque sont remplies les conditions nécessaires à la prestation de soins sûrs et efficaces. Nous recommandons que le ministère ait le pouvoir de suspendre ou d'annuler l'autorisation d'exercice si les services laissent à désirer, après l'octroi d'un délai de grâce raisonnable.

17. Le Groupe d'étude recommande que le ministère de la Santé nomme un membre de son personnel pour aider les candidates à établir et à présenter leurs demandes pour l'autorisation et le financement du programme.

18. Le Groupe d'étude recommande que le ministère de la Santé subventionne les services de sages-femmes autorisés, dispensés en établissements et dans les collectivités, qu'il s'agisse de sages-femmes travaillant seules, de groupes de sages-femmes, de groupes multidisciplinaires, de conseils de santé, d'organismes communautaires, de médecins ou d'hôpitaux. Nous recommandons que la subvention prenne la forme de budgets globaux affectés à des programmes.

19. Le Groupe d'étude recommande qu'on interdise aux sages-femmes de percevoir leurs honoraires directement ou indirectement de leurs clientes.

20. Le Groupe d'étude recommande qu'on permette aux sages-femmes de percevoir des honoraires pour l'enseignement de cours prénatals.

21. Le Groupe d'étude recommande que le ministère de la Santé ait le pouvoir d'autoriser les organismes tels que les syndicats et les associations bénévoles et caritatives à assurer le financement complet ou partiel des services de sages-femmes autorisés.

22. Le Groupe d'étude recommande qu'on modifie la *Loi sur les hôpitaux publics* et les règlements afférents de façon à permettre aux hôpitaux d'intégrer des sages-femmes à leur personnel.

23. Le Groupe d'étude recommande qu'on modifie la *Loi sur les hôpitaux publics* et les règlements afférents de façon à établir les structures et procédures nécessaires à l'intégration de sages-femmes au personnel des hôpitaux.

24. Le Groupe d'étude recommande que l'assurance-responsabilité professionnelle soit obligatoire pour les sages-femmes exerçantes.

25. Le Groupe d'étude recommande que les sages-femmes, par l'entremise de leur association professionnelle, prennent dès que possible les mesures nécessaires à la constitution d'un régime d'assurance autofinancé.

26. Le Groupe d'étude recommande que l'ordre des sages-femmes établisse un protocole d'accouchement à domicile couvrant l'évaluation des risques et des contre-indications à l'accouchement à domicile. Pour ce faire, l'ordre devrait consulter les organismes professionnels et les pouvoirs concernés.

27. Le Groupe d'étude recommande que l'ordre des sages-femmes prévoie dans son code de déontologie le cas des femmes qui souhaitent accoucher à domicile, malgré les contre-indications, et établissent un service de consultation pour aider les sages-femmes à soigner ces femmes.

28. Le Groupe d'étude recommande qu'on crée un réseau d'unités volantes en Ontario pour faciliter l'accouchement à domicile. Nous recommandons que le personnel soignant et les parents veillent à assurer le transport pendant le travail, en cas de nécessité.

29. Le Groupe d'étude recommande que le ministère de la Santé crée un registre des naissances à domicile où devront être consignés les cas de mortalité ou de morbidité survenus lors de tous les accouchements à domicile réalisés dans la province.

Formation

30. Le Groupe d'étude recommande la création de plusieurs filières menant aux études de sage-femme en Ontario.

31. Le Groupe d'étude recommande que les études de sage-femme comportent deux sections intégrées : un cursus de quatre ans menant à un baccalauréat de sage-femme et pour les personnes qui bénéficient d'une préparation de niveau universitaire en sciences infirmières, un cursus de 12 à 18 mois menant au diplôme de sage-femme.

32. Le Groupe d'étude recommande que les deux sections fassent partie du même établissement d'enseignement et que les cours, les enseignants, les stages cliniques et les activités des élèves se combinent, se partagent et se confondent.

33. Le Groupe d'étude recommande que les études de sage-femme relèvent d'une université.

34. Le Groupe d'étude recommande que les études de sage-femme se poursuivent dans l'un des centres de sciences de la santé de l'Ontario.

35. Le Groupe d'étude recommande qu'on recourt au Réseau d'enseignement à distance dans le Nord de l'Ontario pour que le programme de formation des sages-femmes puisse être au moins partiellement dispensé dans les localités du Nord de la province.

36. Le Groupe de travail recommande que la formation clinique du programme s'effectue dans des hôpitaux communautaires et dans des établissements de soins primaires en divers endroits de l'Ontario.

37. Le Groupe de travail recommande que l'université ne limite l'admission ni ne donne la préférence aux candidates qui habitent dans le secteur géographique duquel provient ordinairement la majorité de ses étudiants. Nous recommandons qu'on s'efforce d'accueillir des candidates admissibles de toutes les régions de l'Ontario.

38. Le Groupe d'étude recommande qu'on prenne les dispositions nécessaires pour dispenser les cours théoriques et organiser les stages cliniques destinés aux élèves francophones, grâce à la coopération de toutes les universités.

39. Le Groupe d'étude recommande que le ministère des Collèges et Universités choisisse un centre par adjudication ouverte à tous les centres de sciences de la santé. Nous recommandons qu'il juge les propositions reçues selon des critères en rapport avec les présentes recommandations, notamment le recours au Réseau d'enseignement à distance dans le Nord de l'Ontario, le recours à d'autres universités pour l'enseignement en français, le recours à des stages cliniques en milieu hospitalier et dans des établissements de soins primaires de tout l'Ontario et l'existence de structures permettant les contacts entre élèves sages-femmes et étudiants des sciences infirmières et de médecine.

40. Le Groupe d'étude recommande que la sélection des élèves ne se base pas uniquement sur les résultats scolaires, mais qu'on tienne compte également d'autres facteurs comme la personnalité, la maturité, la motivation, la ressource, le dévouement et l'aptitude aux rapports humains.

41. Le Groupe de travail recommande qu'on tienne compte, pour l'admissibilité aux études menant à un baccalauréat, des élèves que leur expérience (notamment travail, vie familiale et bénévolat) qualifie pour ces études.

42. Le Groupe d'étude recommande qu'on homologue certains diplômes et qu'on accorde certaines dispenses de cours aux élèves désireuses de faire des études de sage-femme.

43. Le Groupe d'étude recommande que le programme du baccalauréat soit structuré sur le modèle que prend actuellement celui du baccalauréat en sciences infirmières, c'est-à-dire «deux ans plus deux ans». Nous recommandons que les cours de sciences humaines, sciences sociales, sciences fondamentales et sciences de la santé se concentrent dans les deux premières années et que les cours plus en rapport avec l'exercice de la profession de sage-femme se concentrent dans les deux dernières années. Nous recommandons, quand c'est possible, que les élèves sages-femmes suivent des cours communs avec les étudiants d'autres disciplines, par exemple, sciences infirmières et physiothérapie.

44. Le Groupe d'étude recommande que les élèves de troisième et de quatrième années de la section baccalauréat suivent des cours communs avec celles de la section diplôme et qu'il n'y ait aucune différence dans les stages cliniques des deux sections (avec pour exception les stages cliniques portant sur d'autres aspects des soins infirmiers, pour les élèves de la section baccalauréat).

45. Le Groupe d'étude recommande que les stages cliniques s'effectuent dans des hôpitaux communautaires dotés de services d'obstétrique de niveau I et de niveau II, dans des centres de soins communautaires et dans des cabinets médicaux en divers endroits de l'Ontario.

46. Le Groupe d'étude recommande que le ministère des Collèges et Universités ou le ministère de la Santé alloue des crédits pour la rémunération des chefs de cliniques des élèves sages-femmes.

47. Le Groupe d'étude recommande que le programme de formation favorise activement l'organisation de stages cliniques dans d'autres provinces ou territoires et aide les élèves que cela intéresse.

48. Le Groupe d'étude recommande que les études comportent de nombreuses expériences cliniques, y compris examens, surveillances de grossesses et soins des femmes enceintes, accouchements, examens post-natals et examens de nourrissons. Nous recommandons que les conditions soient les mêmes pour les élèves de la section baccalauréat et celles de la section diplôme.

49. Le Groupe d'étude recommande qu'on alloue des crédits pour le programme de formation des sages-femmes et que les crédits initiaux couvrent les frais d'élaboration des programmes, d'embauchage des enseignants et d'organisation des stages cliniques, ainsi que les dépenses en immobilisations nécessaires pour l'obtention de locaux, par exemple. Nous recommandons également qu'on octroie par la suite des subventions de fonctionnement appropriées.

Réglementation

50. Le Groupe d'étude recommande que la profession de sage-femme soit réglementée selon un système aggrégation.

51. Le Groupe d'étude recommande que les titres «sage-femme» et «sage-femme agréée» soient protégés.

52. Le Groupe d'étude recommande la création d'un nouvel ordre des sages-femmes, chargé de réglementer la profession.

53. Le Groupe d'étude recommande que le lieutenant-gouverneur en conseil nomme 13 membres, qui siégeraient au Conseil de l'Ordre des sages-femmes comme bon leur semble.

54. Le Groupe d'étude recommande qu'on choisisse des représentantes parmi les élèves du programme d'intégration des sages-femmes et parmi les sages-femmes formées à l'étranger et qui attendent leur homologation, pour servir de liaison et donner des conseils au Conseil provisoire.

55. Le Groupe d'étude recommande qu'on nomme trois sages-femmes au Conseil le plus tôt possible, choisies parmi les sages-femmes agréées ayant suivi le programme d'intégration des sages-femmes et parmi les sages-femmes formées à l'étranger dont le diplôme a été homologué. Nous recommandons que le nombre de sièges au Conseil réservé aux sages-femmes augmente progressivement jusqu'à un maximum de deux tiers du nombre total de représentants. Nous recommandons que les sages-femmes nommées au Conseil remplacent les représentants des autres disciplines plutôt que les représentants des consommateurs. Nous recommandons en outre que les sages-femmes soient élues au Conseil plutôt que nommées, dès que leur nombre le permettra.

56. Le Groupe d'étude recommande qu'à plus long terme, le Conseil permanent de l'ordre des sages-femmes se compose de neuf à quinze membres élus par les sages-femmes agréées, de trois à cinq membres représentant le grand public, nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil, et d'une personne nommée par l'université dans laquelle est dispensé le programme de formation des sages-femmes.

57. Le Groupe d'étude recommande que le Conseil soit tenu de constituer un comité exécutif ainsi que des comités chargés de l'inscription, de la capacité d'exercice, du contrôle permanent de la compétence, des plaintes et de la discipline.

58. Le Groupe d'étude recommande que l'ordre des sages-femmes partage les services administratifs, les locaux et le personnel d'un ou plusieurs autres ordres de professions de la santé sans liens avec lui.

59. Le Groupe d'étude recommande que l'ordre des sages-femmes détermine les critères d'homologation des sages-femmes formées à l'étranger. Nous recommandons que ces critères portent sur l'équivalence de la préparation, la récence et la pertinence de l'expérience pratique.

60. Le Groupe d'étude recommande que l'ordre des sages-femmes établisse et fasse subir un examen à toutes les sages-femmes désireuses d'obtenir la permission d'exercer en Ontario.

61. Le Groupe d'étude recommande que l'ordre des sages-femmes, par le biais du comité de contrôle de la compétence permanente, établisse des systèmes pour contrôler en permanence la compétence.

62. Le Groupe d'étude recommande que l'ordre des sages-femmes ait le pouvoir de poursuivre les personnes contrevenant à la législation sur la profession de sage-femme.

63. Le Groupe d'étude recommande que le ministère de la Santé subventionne la création et le fonctionnement permanent de l'ordre des sages-femmes jusqu'à ce que la profession compte assez de membres pour pouvoir y subvenir entièrement elle-même.

Intégration

64. Le Groupe d'étude recommande qu'on crée un programme d'intégration des sages-femmes dans le but d'intégrer les personnes exerçant déjà la profession de sage-femme.

65. Le Groupe d'étude recommande que ce soit le même établissement d'enseignement qui s'occupe du programme d'intégration que du programme de formation de base des sages-femmes.

66. Le Groupe d'étude recommande que le ministère de la Santé et le ministère des Collèges et Universités allouent les crédits nécessaires au programme d'intégration des sages-femmes.

67. Le Groupe d'étude recommande que le programme d'intégration des sages-femmes ne soit offert que pendant une période limitée.

68. Le Groupe d'étude recommande qu'on ne délivre pas de permis provisoires aux élèves du programme d'intégration des sages-femmes, qui les autorisent à exercer en dehors du programme.

Effectif nécessaire

69. Le Groupe d'étude recommande que le ministère de la Santé et le ministère des Collèges et Universités coordonnent la planification des ressources humaines pour la formation des sages-femmes, du personnel infirmier et des médecins.

70. Le Groupe d'étude recommande que les organes représentant le personnel infirmier, les médecins et les sages-femmes s'occupant de planification de ressources humaines tiennent compte du rôle des autres professions dans la prestation des soins aux mères et aux nourrissons dans leurs mémoires au gouvernement.